

様式第12号（第20条関係）

個人番号がわかる方はご記入ください。

未記入の場合は市で記入します。

個人番号を記入された方は下に記載の書類(※)を添付してください。

フリガナ	カカミガハラ タロウ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
各務原 太郎		個人番号											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
		生 年 月 日											
		〒 1 年 2 月 3 日											

居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
各務原居宅介護支援事業所	〒 504-8555 各務原市那加桜町1丁目69番地
介護事業者事業所番号	(電話番号) 058(383)1111
サービス計画作成等の開始(変更)年月日 ※サービス事業対象者の場合は登録日	●●年 ●●月 ●●日
事業所を変更する場合の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者
※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。

事業者の事業所名	事業所の所在地
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〒 504-0000 各務原市〇〇町×丁目△番地
介護事業者事業所番号	(電話番号) 058(383)〇×△◇
2 1 7 0 5 9 9 9 9 9	

小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無	※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入所者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。
☐ なし ☒ あり（利用したサービス： デイサービス ）	

(宛先)各務原市長	
上記の居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者（地域包括支援センター）又は小規模多機能型居宅介護事業所に居宅（介護予防）サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。	
また、居宅・介護予防サービス計画の作成、介護予防ケアマネジメント等に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します	
●●年●●月●●日	住 所 各務原市那加桜町2丁目163番地
被保険者	電話番号 058(383)□□□□
氏 名	各務原 太郎

※個人番号を記入された方は下の①②両方の書類の提示が必要です。（郵送の場合は、写しを添付してください）
〈番号確認のため〉

① マイナンバーカード、運転免許証、住民票(個人番号の記載があるもの)など、番号が確認できるもの1点
〈本人確認のため〉

② マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、身体障害者手帳などのうち1点

又は、介護保険被保険者証、年金手帳などのうち2点

介護保険被保険者証を添付してください